Rok XXXII. Kraków, 3. Czerwca 1893. Nr. 22.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Z kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Usiłowanie morderstwa i samobójstwo.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryusz szpitala pow. w Białej.

J. K., inkwizyt sądu powiatowego w Białej, podczas rozdawania obiadu ugodził dozorcę więzienia nożem w piersi tak, że tenże się wywrócił, a następnie wybiegł z kaźni na ulicę i biegł w stronę Lipnika. Za nim natychmiast puściła się pogoń, która go już po kilkuminutowym biegu dopędzała. Gdy zbrodniarz goniących już czuł nad sobą, zboczył z drogi na lewo przez małą rzeczułkę, z której koryta porwał kamień. Teraz biegnąc drogą pagórkowatą ostrzył sobie na porwanym kamieniu nóż trzymany w dłoni i odgrażał się napastnikom a gdy go ci już doganiali, odwrócił się, krzyknął „no! macie mnie!“ i szybkim ruchem ręki prawej poderznął sobie gardło, poczem runął na ziemię odrazu krwią zalany i ani drgnął. Przy sekcyi zwłok dokonanej w dniu 25. kwietnia 1892 r. znaleziono stan następujący:

1) Zwłoki mężczyzny około lat 32 liczącego, wzrostu słusznego, silnie zbudowanego i dobrze odżywionego. Są one ubrane w kamizelkę i spodnie kortowe brunatne, przepasane paskiem skórzanym. Pod ubraniem tem jest druga para jaśniejszych spodni i biała koszula katunowa. Ubranie zewnętrzne jest bardzo powalane krwią zaschłą, której obfite ślady widać na rękach i stopach tak po stronie grzbietowej, jakoteż dłoniowej, względnie podeszwowej.

2) Głowa porosła jest krótko strzyżonym włosem barwy ciemnoblond. Takiej barwy są brwi, rzęsy i broda półkrótko podstrzyżona.

3) Rogówki nieco zmętniałe; przez nie przeświecają tęczówki niebieskie. Źrenice są małe, okrągłe i równe; spojówki uderzająco blade. Błona śluzowa warg blada, zęby zaciśnięte, jama ust próżna.

4) Na przedniej powierzchniszyi widać tuż na granicy porostu włosów niemal poziomo przebiegającą ranę na 15 ctm. długą i to tak, że koniec prawy rany o $\frac{1}{2}$ ctm. niżej stoi, aniżeli lewy. Lewy koniec rany zaczyna się kończysto na samym brzegu mięśnia kapturowego (*musc. cucullaris*), stanowiąc tylko liniowe zadraśnięcie skóry. Rana następnie coraz bardziej się pogłębia, przecinając gładko całą skórę, lewy mięsień mostko-obojczykowo-sutkowy w całości, dalej tchawicę ponad chrząstką tarczykową w całej grubości i kończy się blizko tylnego brzegu prawego mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego, którego przednie i wewnętrzne dwie trzecie części przecina w poprzek. Brzegi rany w samym środku szyi odstają od siebie na 7 ctm., w środku rany wystaje ponad dolną jej powierzchnię krtań a po obu jej stronach mocno ku dołowi ściągnięte mięśnie mostko-obojczykowo sutkowe. Na górnej powierzchni rany widać w środku rozwartą jamę.

5) Po zdjęciu ubrania widać w dołku półksiężycowym mostka skrzep krwi wielkości czworaka, od którego wąziutki pasek skrzepłej krwi ciągnie się przez lewy dołek nadobojczykowy tuż obok obojczyka i równolegle do niego aż ku tylnemu brzegowi lewego mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego.

Pomiędzy obojczykiem a lewą kością ramieniową widać pasek skrzepów na 6 ctm. długi a $\frac{1}{2}$ ctm. szeroki. Oprócz tego widać na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzucha aż po pas bardzo nieliczne ślady krwi, które są niejako odciskami fałdów koszuli nieco poplamionej. Na tylnej powierzchni ciała widać nieliczne plamy pośmiertne i skąpe ślady krwi na tyłogłowiu, na karku i lewej małżowinie usznej.

6) Innych śladów uszkodzenia, w szczególności na palcach rąk niema.

7) Po zdjęciu czepca i odpiłowaniu sklepienia czaszki opony twarde z trudnością dały się oddzielić od kości. Kości twarde, szwy niepozrastane.

8) Mózg razem z móżdżkiem waży 1500 gramów; na przekroju okazują się liczne punkciki krwawe.

9) Po oczyszczeniu rany na szyi pokazuje się, iż w tem samem poziomie w całej grubości przecięty jest przełyk. Nagłośnia odcięta, wysoko w górę pociągnięta razem z kością gnykową. Po lewej stronie przeciętą została żyła i tętnica szyjna (*carotis*) w odległości centymetra powyżej swego podziału na ramię wewnętrzne i zewnętrzne razem z nerwem błędnym i przeponowym. Małe nacięcie widać na mięśniu skośnym (*scalenus anticus*). Po stronie prawej drąży cięcie niemal przez całą grubość mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego, z którego pozostał tylko wąziutki skrawek tylny.

10) W tchawicy, jakoteż w grubszych oskrzelach widać nieco płynnej krwi, w przełyku tylko śluz.

11) Lewe płuco przyczepione do klatki piersiowej; prawe płuco wolne na przekroju zalewa się cieczą pienistą, krwawą.

12) Serce wielkości prawidłowej; w komórkach nieco płynnej krwi.

13) Wątroba kształtu raczej nerkę przypominającego, torebka napięta, lewy płat zanikły tak, że go ledwie ślad widać. Na przekroju nie widać nic nieprawidłowego.

Śledziona nieco powiększona, torebka pomarszczona, na przekroju barwy czekoladowej.

14) Żołądek, jelita i kiszki zawierają treść prawidłową.

15) Nerki prawidłowej wielkości; torebka schodzi gładko na przekroju; dokładnie odgranicza się istota korowa od rdzennej.

Pęcherz moczowy próżny.

Wynik oględzin pośmiertnych nie pozostawił żadnej wątpliwości, iż denat umarł wskutek poderznięcia gardła. Inna rzecz atoli, czyby z protokółu oględzin wykluczyć można morderstwo, jeżeli się zważy, iż łatwiej przyjąć je można, jeżeli rana poprzeczna symetrycznie przebiega po obu stronach i jedno, jedyne znalezione cięcie drąży tak głęboko. Skóra bowiem gładko przeciętą została a w tym samym poziomie tchawica, przełyk, naczynia szyjne, oba mięśnie mostko-obojczykowo-sutkowe a nawet mięsień skośny lewy został nacięty. Przemawiać to powinno za morderstwem dokonanem jednem cięciem z wielką siłą i to narzędziem bardzo ostrem. Tymczasem w niniejszym przypadku sprawdzono niewątpliwie samobójstwo i to narzędziem wcale niepokaźnem. Był to zwyczajny kozik, t. j. nóż składany, którego ostrze żelazne na $7\frac{1}{2}$ ctm. długie a w najszerszem miejscu na $2\frac{3}{4}$ ctm. szerokie, osadzone jest ruchomo na rękojeści drewnianej na 9 ctm. długiej. Ostrze kozika, jak na początku wspomniałem, samobójca umykając przed pogonią ostrzył na kamieniu rzecznym.

Przypadek niniejszy poucza nas tedy, iż w przypadkach śmierci przez poderznięcie gardła należy być bardzo oględnym, do czego zresztą nawołuje medycyna sądowa.

Motywem samobójstwa była obawa przed karą. Zbrodniarz ugodziwszy dozorcę więzienia nożem w piersi tak, że tenże się przewrócił, sądził niewątpliwie, iż go zamordował, za co go czekała kara śmierci przez powieszenie; pozbawił się tedy życia i tak niemającego żadnej wartości. Dozorca tymczasem poniósł tylko lekkie uszkodzenie ciała, bo gruby surdut mundurowy, takaż kamizelka i koszula wstrzymały siłę pchnięcia.

Co do charakterystyki samobójcy dodać winienem, iż to był przystojny, silnie zbudowany mężczyzna w 32. roku życia; ukończył szkoły miejscowe, lecz robić mu się nie chciało. Włóczył się po Białej i najbliższej okolicy, był częstym gościem w więzieniu i sam o sobie mówił, iż klątwa na nim ciąży, bo pochodzi z kazirodnego związku rodzonej matki z rodzonym dziadkiem.

Dla ciekawości odpreparowałem czaszkę jego i pokazało się, iż jest idealnie rozwiniętą. Wszystkie zęby w liczbie 32 zdrowe. Dołki, wyrostki, kanaliki na kościach pięknie wykształcone; dość wspomnieć, iż wyrostek kolczasty (*proc. styloideus*) lewy ma 5 ctm. długości a prawy nawet $5\frac{1}{2}$ ctm. i składa się z dwóch części, stawowato z sobą złączonych. Żadnych nieprawidłowości ani w mózgu ani też w kościach nie spostrzeżono.

II. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

II. Resekcya obu tętnic kręgowych; resekcya prawego nerwu współczulnego.

L. F., lat 38, trafikant ze Suchy, żonaty od 15 lat, ojciec 3 dzieci. Od 8 lat miewa napady padaczkowe. Pierwszego napadu dostał z przestrachu przed pożarem w nocy, poczem napady powtarzały się mniej więcej co miesiąc, a nadto między niemi występywały małe napady objawiające się zawrotem głowy, osłupieniem ócz, zgrzytaniem zębami, utratą chwilową przytomności. przytem mógł się utrzymać na nogach Napady małe trwały około minutę, wielkie około 10 minut i powtarzały się czasem co godzinę, przez przeciąg jednej doby. W ostatnich czasach miewa po wielkich napadach bardzo często małe napady, osobliwie w pierwszych dniach po wielkich napadach (do 10 razy na dobę). Napady są typowe: utrata przytomności, kurcze kloniczne wszystkich odnóg, osłupienie ócz; język miewa pokąsany. Po napadzie jest nieprzytomny i popada w kilko godzinny sen.

Badanie w dniu przyjazdu chorego 24. stycznia 1889: czaszka prawidłowo zbudowana, nie ma ani blizn na głowie, ani zaklęknienia na czaszce. Ze strony narządów wewnętrznych nie ma nieprawidłowości.

Dnia 27. stycznia 1889 przystąpiono do resekcyi obu tętnic kręgowych i nerwu współczulnego prawego przy łaskawej asystencyi Drów Gluzińskiego, Gostyńskiego, Piseka i Sochańskiego. Najpierw resekowano tętnicę lewą. Cięcie długie na mniej więcej 12 cm. Żyłę szyjną dotwarzową, grubości palca małego, odciągnięto hakiem ku tyłowi. W drodze do tętnicy zraniono kilka mniejszych tętniczek i podwiązano, przyczem przez pomyłkę uchwycono w kleszczyki gałązkę należącą do splotu ramiennego (*plexus brachialis*). W tej chwili tętno dotąd wolne przyspieszyło się znacznie, najpierw do 120 a za chwilkę do 160 uderzeń na minutę. Po usunięciu kleszczyków hemostatycznych ze splotu ramiennego tętno natychmiast opadło do

liczby 60 uderzeń na minutę. Odszukanie tętnicy kręgowej przedstawiało znaczne trudności, ponieważ tętnica tarczykowa dolna, grubości pióra gęsiego, przebiegała przed nią na poprzek i trzeba ją było odciągnąć hakiem tępym ku wewnątrz a tętniczki od niej odchodzące podwiązać, powtóre, ponieważ tętnica kręgowa leżała bardziej na zewnątrz, niż zazwyczaj, t. j. prawie w linii pionowej poprowadzonej od *tuberculum caroticum*, które było bardzo słabo rozwinięte i trudne do wymacania. W drodze do tętnicy prawej wstawiła się w ranę żyła szyjna zewnętrzna, nieprawidłowo dwoma pniami łączącymi się przebiegająca i bardzo gruba. Pomiędzy tymi pniami wkroczono palcem wskazującym i na tępo oddzielono pochwę naczyniową od mięśnia pochyłego przedniego. Na pochwie naczyniowej z łatwością dał się odszukać główny pień nerwu współczulnego, wraz ze zwojami środkowym i dolnym. Tętnica kręgowa znajdowała się tu również za mocno pokręconą, grubą tętnicą tarczykową dolną, poprzecznie przebiegającą, i dała się łatwo odszukać, oddzielić i resekować w długości $2^1/_2$ cm. Wreszcie resekowano kawałek nerwu współczulnego na długości 6—7 cm., wraz z dwoma dolnymi zwojami szyjnemi. Rany drenowano, szwy i opatrzenie, jak w pierwszych przypadkach.

Chorego tego przedstawiłem na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 9. lutego 1889 i okazałem wycięty kawałek nerwu współczulnego[1]), na posiedzeniu zaś tegoż towarzystwa w dniu 23. lutego 1889 miałem wykład o objawach spostrzeganych u tegoż chorego po resekcyi nerwu współczulnego[2]).

Przebieg po operacyi był następujący: Źrenice obie zwęziły się zaraz po podwiązaniu odpowiednich tętnic.

Dnia 27. stycznia wieczorem tętno 92, ciepłota 37·5. Chory nie ma żadnych bólów; bezsenność. Ordynacya: krople morfinowe.

Dnia 28. stycznia wieczorem tętno 88, ciepłota 38·0; uskarża się na ból przy połykaniu; morfina podskórnie.

Dnia 29. stycznia wieczorem tętno 88, ciepł. 37·4. Spostrzegł znaczne ślinienie w ciągu dnia. Prawa strona języka za najlżejszem dotknięciem bolesna i znacznie obrzmiała. Nadto dostrzegłem nieznaczne zaczerwienienie policzka i ucha po stronie prawej.

Dnia 30. stycznia wieczorem tętno 88, ciepłota 37·8.

Dnia 31. stycznia zmiana opatrzenia; *prima intentio* z wyjątkiem miejsc dla drenów, które usunięto.

Dnia 1. lutego stan bezgorączkowy; znaczne ślinienie utrzymuje się; język mniej bolesny i mniej obrzmiały.

Dalszy przebieg był następujący: rany zgoiły się *per primam*, obrzęk języka i ślinienie ustąpiły w przeciągu dwóch tygodni po operacyi.

Według doniesienia Dra Gawlika ze Suchy już dnia 26. lutego t. j. w miesiąc po operacyi (a w 7 tygodni od ostatniego napadu) miał jeden mocny a 11 słabych napadów, poczem jeszcze przez cały następny tydzień, występywały napady. Otoczenie chorego twierdzi, że obecnie początkowe napady były daleko gwałtowniejsze, aniżeli poprzednio i że chory po nich przez cały tydzień krew odpluwał. Badanie nie wykryło jednak żadnych zboczeń ani w narządzie krążenia ani oddychania. Dalsze wywiady listowne wykazały, że napady powtarzają się jak przed operacyą.

[1]) Patrz *Przegląd lekarski* 1889 Nr. 17 str. 214.
[2]) Patrz *Przegląd lekarski* 1889, Nr. 18, str. 226 i 227.

W miejscu tem uważam za stósowne poruszyć niektóre spostrzeżenia fizyologiczne i anatomiczne zrobione w opisanych powyżej przypadkach. Jak z historyi choroby pierwszego przypadku okazuje się, wystąpiły w dwa dni po resekcyi tętnicy kręgowej prawej, w dwa tygodnie po resekcyi tętnicy lewej objawy mózgowe podobne do objawów występujących czasem po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej (*carotis communis*) a mianowicie niedowład obu kończyn prawych i nerwu twarzowego prawego. Objawy te miały zmniejszać się stopniowo i ustąpiły trwale po dwóch miesiącach. Po obustronnem podwiązaniu tętnic kręgowych mogę zatem wystąpić niezgodne z dotychczasowemi zapatrywaniami się[1]) objawy mózgowe.

W przypadku tym tętnice kręgowe (grubości gęsiego pióra) musiały być bardziej rozwinięte, niż szyjne domózgowe (*carotides internae*), anastomoz tętnic kręgowych musiało być mało a w zakresie lewej połowy koła tętniczego (*circulus arteriosus Willisii*) powstał zator na znaczniejszej przestrzeni, który wywołał zboczenia w odżywieniu tej części korowej mózgu a tem samem niedowład po stronie prawej. W przypadku tym usłyszeliśmy podczas obydwu operacyj wypuklanie się opłucny ku jamie nadobojczykowej i mocny szmer trzeszczący podczas każdego wdechu wskutek obnażenia opłucny (szmer płucny). Zranienie opłucny jest więc przy tym zabiegu możliwem, jeżeli górny załamek opłucny sięga zbyt wysoko. Prawdopodobnie dzieje się to miejsce tylko u osób krępych z krótką szyją, jak w naszym przypadku. Na okoliczność tę zwracają uwagę także Bernays[2]) i Jaksch[3]) w swoich pracach.

W przypadku tym operacya pod względem technicznym była bardzo trudna i musiałem ją wykonać w dwóch posiedzeniach z powodu krótkości szyi i rozwoju jej mięśni, z powodu wóla i znacznej głębi, w której znajdywała się tętnica.

W przypadku drugim muszę zwrócić uwagę na następstwa wycięcia nerwu współczulnego. Następstwa te były zrazu podobne do następstw podwiązania tętnic kręgowych a mianowicie wystąpiło zwężenie źrenic odpowiednich zaraz po resekcyi tętnic, utrzymujące się przez czas pobytu chorego we Lwowie przez dwa tygodnie. Nadto dostrzegłem nieznaczne zaczerwienienie policzka i ucha po stronie prawej przez kilka dni po operacyi się utrzymujące, od 2-go dnia po operacyi niezwykłą bolesność i obrzmienie języka po stronie operowanej, (osobliwie w częściach przybrzeżnych) i nadzwyczaj znaczne ślinienie. Bolesność i obrzmienie języka zmniejszały się stopniowo w przeciągu dwóch tygodni, ślinienie zaś utrzymywało się aż do odjazdu chorego w dwa tygodnie po operacyi. Tożsamość nerwu współczulnego w tym przypadku stwierdził Prof. Dr. Kadyi dokładnem zbadaniem drobnowidowem wyciętego kawałka i wykazaniem w nim charakterystycznych komórek zwojowych.

Zwrócić również muszę uwagę na ciekawe spostrzeżenie fizyologiczne w tym przypadku podczas operacyi. Gdy przez pomyłkę uciśnięto kleszczykami gałąź należącą do splotu ramiennego (*plexus brachialis*), w tej chwili tętno do-

[1]) Porównaj Julius Cohnheim: Vorlesungen ueber allgemeine Pathologie II. Aufl. 1882, I. Band. str. 123.
[2]) l. c.
[3]) l. c.

tąd wolne, przyspieszyło się do 160 uderzeń na minutę. Po usunięciu kleszczyków ze splotu ramiennego tętno spadło natychmiast do 60 uderzeń na minutę. Spostrzeżenie to przemawiałoby za tem, że gałązki nerwowe przyspieszające ruchy serca (N. N. *accelerantes)* przebiegają nie tylko w nerwie współczulnym, ale otaczają także splot ramienny. Przypuszczenie to dałoby się naturalnie rozstrzygnąć tylko za pomocą doświadczeń; w tem miejscu notuję tylko jednorazowe spostrzeżenie.

Po mnie próbowali niezależnie odemnie Rudolf Jaksch i Bogdanik leczyć padaczkę przez zabiegi wykonane na nerwie współczulnym. Rudolf Jaksch[1]) wychodząc z tego samego zapatrywania się, co i ja, wykonał blisko w rok po mnie (8. grudnia 1889) podobną operacyę w przypadku padaczki samoistnej u młodego mężczyzny. Jaksch podwiązał tętnicę kręgową prawą w czambuł *(en masse)* i przeciął po tej samej stronie nerw współczulny, poniżej zwoju szyjnego dolnego. Celem przeszkodzenia zrośnięcia się końców przeciętego nerwu, górny koniec jego odwinął Jaksch ku górze. Wynik w tym przypadku był dobry, gdyż po roku od czasu operacyi nie wystąpił żaden napad. W podobny sposób operował Jaksch później drugiego chorego również z dobrym wynikiem, gdyż przez 8 miesięcy od czasu operacyi, chory nie miał napadu. Zwiastuny choroby objawiały się u obu chorych Jakscha przypadami ze strony narządu trawienia; w pierwszym uczuciem gniecenia w dołku żołądkowym, czasami wymiotami, w drugim nieprzyjemnem uczuciem w brzuchu, mdłościami.

Jaksch przypuszcza, że w obu jego przypadkach rozchodziło się o padaczkę odruchową, wywołaną przez zadrażnienie obwodowych gałęzi nerwu współczulnego.

Bogdanik[2]) wyszedł również z podobnego zapatrywania się, co ja i Jaksch, i dnia 24. listopada 1892 wyciął u 16-letniego epileptyka zwój środkowy nerwu współczulnego prawego. Wynik na razie jest dobry, ale czas obserwacyi w tym przypadku jest stanowczo za krótki (3 miesiące).

Mojem zdaniem ani w przypadku Jakscha ani Bogdanika nie można sobie wyrobić zdania co do skuteczności zabiegu, gdyż czas obserwacyi w ich przypadkach jest za krótki, osobliwie w przypadku Bogdanika. Wynik na razie dobry, uderza w przypadku Jakscha. W moim przypadku zabieg tak znaczny: resekcya obu tętnic kręgowych i jednostronna resekcya nerwu współczulnego na znacznej długości nie odniósł żadnego wpływu na dalszy przebieg padaczki i po upływie przeszło 4 lat od czasu operacyi stan chorego nie polepszył się.

Nawiasowo muszę tu wspomnieć o doświadczeniach wykonanych na psach z podwiązaniem tętnic kręgowych i szyjnych domózgowych, które przedsiębrał chirurg wojskowy rosyjski baron v. Krüdener[3]). Krüdener wybrał do doświadczeń psy z powodu podobieństwa anatomicznego tętnic odżywiających mózg u tych zwierząt z układem naczyniowym mózgu u człowieka. Po podwiązaniu obu tętnic kręgowych i obu szyjnych domózgowych zwierzę zdychało następnego dnia. Obie tętnice kręgowe i jedną szyjną domózgową można jednak podwiązać bez niebezpieczeństwa dla życia zwierzęcia. Krüdener trepanował naprzód czaszkę, w zakresie ognisk ruchowych (motorycznych), otwierał oponę twardą i badał pobudliwość ognisk ruchowych za pomocą prądu indukcyjnego. Do tego używał prądów najsłabszych, które mogły wprawić w ruch łapy przednie, i po krótkim czasie otrzymywał napad padaczkowy; przytem zapisywał czas działania i moc prądu. Znieczulając zwierzęta morfiną podwiązywał następnie tętnicę kręgową, pomiędzy tętnicą podobojczykową a mięśniem pochyłym przednim (*scalenus anticus*). W razie przypadkowego zranienia opłucny, co się często zdarza a co objawiało się głębokimi oddechami, ginęły zwierzęta na ropne zapalenie opłucny. Po podwiązaniu tętnic kręgowych nie następywało ani porażenie powiek, ani zwężenie źrenic (!); zwierze było w stanie chodzić, jakkolwiek tylne kończyny były osłabione. Osłabienie tylnych kończyn przypisywał K. po części wpływowi morfiny, po części umocowaniu zwierzęcia przez dłuższy czas (przeszło godzinę) w położeniu nienaturalnem. Po podwiązaniu obu tętnic szyjnych domózgowych, mózg stawał się bledszym i można było przekonać się o zapadaniu się jego do jamy czaszkowej; skóra czaszki była zimna za dotknięciem się, źrenice były zwężone, pies mógł chodzić i nigdy nie okazywał oznak przytępienia intelligencyi. U psów, u których podwiązał obie tętnice szyjne domózgowe, występywało zazwyczaj miąższowe zapalenie rogówki (*keratitis parenchymatosa*), jakkolwiek często dopiero po upływie pewnego czasu. W jednym przypadku jednak, w którym podwiązał jedną tętnicę kręgową i obie szyjne domózgowe, zapalenie rogówki wystąpiło już następnego dnia. W innym przypadku, w którym podwiązał obie tętnice kręgowe i obie szyjne domózgowe, zwierzę zaledwie mogło chodzić a tylne kończyny były znacznie osłabione; przy badaniu wziernikiem dna oka, tętnice okazały się zwężone, żyły rozszerzone a żółtozielony odblask od makaty czarnej (*tapetum nigrum)* był zastąpiony czarną plamą. W żadnym przypadku nie stwierdzono napadu padaczkowego w następstwie podwiązania naczyń. Po pewnym czasie zwierzęta operowane zabijano, naczynia nastrzykiwano i starannie wykonywano nekroskopię. We wszystkich przypadkach przekonano się, że krążenie wyrównywało się po upływie pewnego czasu; nawet naczynia podwiązane były zwężone tylko w nieznacznej długości, naczynia łączne były natomiast odpowiednio rozszerzone. Było więc rzeczą jasną, że pobudliwość mózgu mogła tylko na krótki czas uledz zmianie, nawet po podwiązaniu 3 lub wszystkich 4 naczyń zaopatrujących go. Krüdener wnosi z tego, że czasowe polepszenie po podwiązaniu tętnic kręgowych u osób na padaczkę cierpiących, jest po części skutkiem upustu krwi podczas operacyi, po części zaś skutkiem psychicznego wpływu operacyi. Na potwierdzenie tego zapatrywania się, przytacza on kilka przypadków a między innymi Tissota i Maclarena, w których różne operacye wpłynęły korzystnie na padaczkę, jakoteż Férégo skuteczne leczenie 10-ciu przypadków padaczki przez kilkakrotne użycie żelaza rozpalonego. Krüdener uważa padaczkę za chorobę sposobem chirurgicznym nieuleczną i uważa wszelkie zabiegi operacyjne tak na układzie nerwowym ośrodkowym, jakoteż na obwodowych częściach tegoż układu za bezskuteczne.

Wreszcie muszę wspomnieć o ciekawej modyfikacyi operacyi W. Alexandra przez Dra Chalota[1]) (z Tuluzy), który zaproponował z powodu niekorzystnych wyników po podwiązaniu tętnic kręgowych w padaczce następującą modyfikacyę tej operacyi. W jednym przypadku padaczki podwiązał najpierw na jednem posiedzeniu obie tętnice kręgowe; na drugiem podwiązał po jednej stronie tętnicę szyjną wspólną niezupełnie, t. j. zwęził jej światło pętlą jedwabną do połowy, w 3-cim zabiegu, w tydzień po 2-gim wykonanym, uczynił to samo z drugą tętnicą szyjną

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.
[3]) Lancet 1890. Vol. I, str. 815.

[1]) Lancet 1892, Vol. II. str. 593, 594.

wspólną. Obecnie jeszcze nie może on stanowczo mówić o wyniku ostatecznym, ale stwierdził na razie polepszenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Przytoczone dotychczas prace streszczają w sobie w głównych zarysach wyniki badań lat ostatnich w zawsze jeszcze zagadkowej dziedzinie etyologii nowotworów rakowych. Poczynając od pierwszych spostrzeżeń nad obecnością pewnych tworów morfologicznych wśród komórek raka wzrastała z dnia na dzień ilość odnoszących się tu danych, którym nadawano rozmaite, częstokroć dość sprzeczne objaśnienie co do istoty tych tworów śródkomórkowych. Rzecz prosta, że przytoczone spostrzeżenia zarówno, jak i wysnute z nich wnioski, uległy ścisłej krytyce ze strony innych badaczów tembardziej, że zawierały punkty wątpliwe i słabe, które nieomieszkały też ściągnąć na siebie zarzutów. Z drugiej strony etyologia pasorzytnicza raka stanowi fakt tak wielkiej doniosłości w patologii, fakt, którego przyjęcie zmieniłoby zasadniczo teraźniejsze poglądy w nauce, że przeto dziwić się nie można jak największej ostrożności i najściślejszemu krytycyzmowi w ocenianiu zdobytych spostrzeżeń.

Jak widzieliśmy powyżej, jeżeli większość autorów godziła się na pasorzytnicze pochodzenie opisywanych przez siebie tworów w komórkach raka, to wielu z nich wyrażało jednak wątpliwość co do możliwości wykazania związku etyologicznego pomiędzy ich obecnością a rozwojem samej sprawy nowotworowej. Odmienne zupełnie stanowisko zajęli w tym względzie inni badacze.

Zdaniem Borrela [1]) nietrudno wytłómaczyć znaczenie tworów, podawanych za pierwotniaki, zupełnie bez pomocy hipotezy pasorzytniczej; a mianowicie są to albo wytwory wewnętrznego tworzenia się komórek (*endogene Zellbildung*); wtedy leżą wewnątrz komórki rakowej i składają się z pierwoszcza i jądra dobrze się barwiącego, albo też stanowią wynik zwyrodnienia szklistego składników komórki. Zarówno sceptycznie zapatrują się na pasorzytniczą przyrodę tworów śródkomórkowych Eberth [2]) i Klebs [3]). Zdaniem ostatniego obecności ustrojów samodzielnych dowieść można tylko przez wykazanie ich rozwoju. W tym celu wykonał on doświadczenia ze szczepieniem cząstek raka, zawierających owe kwestyonowane kule szkliste, lecz tylko w jednym przypadku u szczura przeszczepione komórki rakowe czas jakiś okazywały oznaki rozrostu; w tych zaś tworach kulistych żadnych zmian postępowych nie było.

Shattock i Ballance [4]) opisane przez Russela jako pasorzyty z grupy grzybków drożdżowych t. zw. ciałka fuksynowe w rakach, znajdywali zarówno w gruczołach limfatycznych gruźliczych, w migdałach błoniczych i we krwi żab i uważają je za szczególną postać skrzepnięcia białka, występującego niekiedy tylko w jądrze, niekiedy w całej komórce a nawet i na obszerniejszej przestrzeni tkanki.

[1]) Sur la signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes. Arch. de médec. experiment. 1890.

[2]) Ueber Einschlüsse in Epithelzellen. Fortschr. der Medic. 1890. 17.

[3]) Ueber das Wesen und die Erkennung der Carcinombildung. Deutsch. med. Woch. 1890, 32.

[4]) A short record of Work done on the pathology of cancer during last few years. Brit. med. Journ. 1891.

Inaczej na pochodzenie tych ciałek zapatruje się Klien [1]), który widział je w mięsakach, rakach, gruczolakach, torbielach, gruźlicy, nadnerczu i wątrobie; zdaniem jego ciałka fuksynowe w pewnych granicach identyczne są zupełnie z ziarnkami Altmanna zarówno co do wielkości, jak i zachowania się względem barwików. Lecz do wspólnej grupy tych ciałek zaliczył Russel i inne, które z niemi oprócz reakcyi fuksynowej, zdaniem Kliena, nic wspólnego nie mają.

Schütz [2]) spostrzegał, że czerwone ciałka krwi wynaczynione przenikały do wnętrza komórek rakowych i ich jąder, gdzie ulegały rozmaitym zmianom kształtu. One to przedstawiają niewątpliwie część domniemanych pasorzytów komórkowych; „sporocysty“ zaś autorów stanowią wynik zmian w leukocytach, jakim ulegają one wewnątrz starych komórek raka.

Wyniki, do jakich w badaniach swych doszedł Ribbert [3]), streścić się dadzą w tem jednem zdaniu, że wszystkie te opisywane twory nie są niczem innem, jak tylko wytworem zmian lub zwyrodnień komórek i ich jąder. Na szczególną uwagę zasługują zjawiska karyomitozy w jądrach równocześnie z postępem zmian wstecznych. Podział taki w jądrze odbywa się nieprawidłowo i albo nie dochodzi do końca, pozostawiając wielkie niekiedy zbiorowisko substancyi chromatynowej, która rozpada się później na części drobniejsze najrozmaitszych kształtów, albo też daje po podziale części nierówne, znacznie różniące się wielkością i własnościami. Na zasadzie takiej karyokinezy asymetrycznej oparł Hausemann swą teoryę bujania komórek rakowych, o której mówiliśmy wyżej.

Zupełnie podobne poglądy wyrażają Deatu i Fabre-Demergue [4]), którzy owe twory pasorzytnicze uważają za zmienione komórki nabłonkowe, ciałka zaś Russela za wynik fragmentacyi komórek. Pilliet [5]) widział komórki nabłonkowe zwyrodniałe, z jądrem ziarnistem, pierwoszczem i podwojoną otoczką takie, jak opisali Darier, Wickham i Albarran jako *coccidia*, w grasicy i napletku noworodka, tam więc, gdzie nie można myśleć o obecności kokcydy. Według Cazina [6]) są to zwyrodniałe nabłonki o otoczce zgrubiałej i błyszczącej i skurczonem pierwoszczu; inne zagadkowe twory, odznaczające się bogactwem chromatyny, stanowią wytwór nieprawidłowego przebiegu karyokinezy. Gdyby to miały być pasorzyty, to musiałyby okazywać mnożenie się, równolegle idące do wzrostu nowotworu, czego dostrzedz nie można.

Noeggerath [7]) na podstawie wypróbowanych przez siebie sposobów barwienia preparatów raka, wyraża przekonanie, że znajdywanie ciał obcych pasorzytniczych w komórkach nabłonkowych jest tylko złudzeniem, wynikającem z barwienia tkanki. Mianowicie w pewnym okresie rozwoju z jądra komórki rakowej wyosobniają się dwie części składowe, różnie zachowujące się względem barwików: jedna z nich barwi się czerwono, podczas gdy druga w tych samych warunkach przyjmuje zabarwienie niebieskie (*erythrophile* i *cyanophile Substanz*).

Tę ostatnią najczęściej uważają niektórzy autorowie za pasorzyt żyjący kosztem jądra. W dalszym ciągu jądro rozpada się, tworząc znaczną ilość ciał różnej wielkości i kształtu, rozsypujących się w pierwoszczu komórki. Takie jest głów-

[1]) Ueber die Beziehung der Russelschen Fuchsinkörperchen zu den Altmannschen Zellgranulis. Beitr. zur path. Anat. 1891, 1.

[2]) Ueber die protozoën — und coccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen. Münch. med. Wochenschr. 1890, 35.

[3]) Ueber Einschlüsse im Epithel der Carcinome. Deutsch. med. Woch. 1891, 42.

[4]) La semaine medicale, 1891, 11. Avril.

[5]) Sur quelques formes de dégénérescenses épithéliales rappelant les coccidies. Tribune médicale 1891 Juin.

[6]) Les sporozoaires. La semaine medic. 1891 Août.

[7]) Beiträge zur Structur und Entwickelung des Carcinoms. Wiesbaden 1892.

nie pochodzenie tych zagadkowych tworów pasorzytniczych. Duże postacie torbielowate, opisywane jako sporocysty (Sjöbring), uważa N. za wytwór zwyrodnienia komórek nabłonkowych, które niekiedy zlewają się ze sobą i mieszczą wewnątrz jąderka i cząstki chromatyny zanikłego jądra. Że nie są to rzeczywiste *protozoa*, przekonał się Noeggerath ostatecznie, porównywając je z prawdziwemi kokcydyami (*coccidium oviforme*) z wątroby królika, które barwił w sposób zupełnie taki sam, jak i preparaty raka. W jednym przypadku owrzodziałego raka skóry okolicy żołądkowej spostrzegał rzeczywiście pasorzyty pierwotniakowe w kształcie dużych tworów okrągławych o jednorodnem jądrze, lecz leżały one nie w komórkach rakowych, lecz zupełnie na zewnątrz w oddzielnej torebce, wypełnionej masą drobnoziarnistą.

(Dokończenie nastąpi.)

E. Machek: **Zdanie sprawy z ruchu chorych oddziału okulistycznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie za r. 1892 i z wykonanych w tym czasie operacyj.** Lwów 1893, 4-ka str. 14.

Ani szpital krakowski ani lwowski nie ogłaszają, o ile nam wiadomo, zdań spraw rocznych ze swych czynności. Dlatego z radością powitaliśmy zdanie sprawy z oddziału chorób ocznych szpitala lwowskiego a nie zawiedliśmy się w swem oczekiwaniu, iż znajdziemy w niem cały szereg ciekawych dat statystycznych, z których sfery właściwie powinnyby odpowiednie wysnuć wnioski. Podamy z nich najważniejsze.

Oddział szpitalny, o którym mowa, ma łóżek 92 w zimie a 80 w lecie. W oddziale stałym leczyło się 1177 chorych, w oddziale ruchomym 1478, razem przeto 2655, z czego przypada na mężczyn 1411 czyli 53·14%, na kobiety 1244 czyli 46·86%.

Oddział stały jest, jak na stósunki materyalne kraju, dobrze umieszczony i w służbę dostatecznie zaopatrzony. W miesiącach letnich, w których przypływ chorych bywa największy, czuć się atoli daje wielki brak miejsca. Średnio przypadało na chorego 28 dni leczenia, co jest daleko więcej, niż na Zachodzie Europy. Autor tłomaczy to wielką liczbą chorych na jaglicę (*trachoma)*, którzy z powodu zaniedbania się przed wstąpieniem do szpitala potrzebują długiego leczenia. Knapp podaje za rok 1889 średnie trwanie leczenia 15 dni — Wicherkiewicz w Poznaniu za rok 1891 dni 24·66 a autor domyśla się, iż tam, podobnie jak we Lwowie, wpływa jaglica na to długie leczenie w szpitalu.

Porównywając wykaz chorób ocznych ze statystyką Krakowa ogłoszoną w roku 1884 przez autora widać znaczną różnicę co do chorób rogówki, refrakcyi i akomodacyi; choroby bowiem rogówki były we Lwowie o 7·22% częstsze, niż w klinice krakowskiej, co się da wytłómaczyć pospolitszem zaniedbaniem we Lwowie jaglicy, z której powstają choroby rogówki. Natomiast choroby refrakcyi i akomodacyi wynosiły w Krakowie 8·94%, we Lwowie tylko 1·00%, co autor wywodzi ztąd, że w wadach refrakcyi i akomodacyi szuka się pomocy w ambulatoryum a publiczność lwowska nie nawykła jeszcze szukać w niem pomocy i że przybory do oznaczania refrakcyi sprawiono dopiero w listopadzie 1882. (Różnica co do liczby umiejących czytać i pisać między Krakowem a Lwowem wynosi koło 10% na korzyść Krakowa, różnica w tej mierze między powiatem krakowskim a lwowskim najpodobniej do prawdy będzie o wiele znaczniejsza; może pokaże się, iż i ta okoliczność wpływa na wyższy procent wad refrakcyi w Krakowie, niż we Lwowie. *Przyp. spr.*).

Na 93 przypadków jaskry było 33 mężczyzn a 60 kobiet. Na 58 chorych cierpiących na niedrożność przewodu nosołzowego było 18 mężczyzn a 40 kobiet.

Na jaglicę leczono w oddziale stałym 459, w oddziale ruchomym 438 chorych, co stanowi 33·79% wszystkich przypadków leczonych. Liczby te wskazują, jak bardzo we wschodniej części kraju rozpowszechniła się ta prawdziwa plaga ludności mimo, iż przecie tylko mała liczba chorych szuka pomocy w szpitalu. Słusznie też powiada autor: „trzeba być okulistą, aby mieć pojęcie, jak dotkliwie ta choroba trapi społeczeństwo nasze. Chorzy stykając się ze zdrowymi roznoszą zaraźliwą chorobę po kraju, którą dość często napotykałem nawet w magnackich rodzinach. Traci się tysiące dni roboczych, tysiące idą na utrzymanie chorych w szpitalach i kalek ciemnych po gminach a często choroba ta podkopuje przyszłość najdzielniejszych ludzi i niszczy dobrobyt całych rodzin“.

Dlatego zaproponował autor, by w przyszłym roku urządzić na razie na trzy letnie miesiące próbny szpital barakowy do leczenia na świeżem powietrzu znaczniejszej o wiele, niż teraz, liczby chorych na jaglicę i zwraca uwagę na odnoszącą się do tej sprawy uchwałę ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Operacyj znaczniejszych wykonano w oddziale stałym 405, między niemi na soczewce 153. Z operacyj zaćmy zdał sprawę autor w roku bieżącym w *Przeglądzie lekarskim.*

Oto treść krótkiego, ale pełnego bardzo ważnych i interesujących szczegółów zdania sprawy, za które nie tylko my, ale i społeczeństwo wschodniej części kraju winniśmy być wdzięczni Sz. autorowi, do którego tylko tę zanosimy prośbę, by na przyszłość treści jego pracy lepiej odpowiadała forma typograficzna. *D.*

Jan Pruszyński: **Cholera** (etyologia, profilaktyka, terapia). Odbitka z *Gazety lekarskiej* 1892 r. Duża 8-ka. Warszawa 1892, str. 74.

Autor przytoczywszy w porządku chronologicznym zapatrywania się dawniejsze a obecnie przestarzałe, na istotę chorobotwórczą cholery, przedstawia wyczerpująco, dokładnie i krytycznie rzecz o biologii prątka przecinkowego, chemii jego produktów i o jego związku przyczynowym z cholerą, podając szczegółowo piśmiennictwo do tego się odnoszące. Dział ten pracy autora jest, rzec można śmiało, znakomicie napisany i daje jasny obraz na przedmiot według obecnego stanu nauki. Poczem opisawszy i oceniwszy zmiany anatomopatologiczne cholerze właściwe, zastanawia się nad kwestyą zakaźności i rozszerzania się cholery, tłomacząc rozwój i przebieg tej choroby właściwościami biologicznemi prątka przecinkowego, nadto gruntownie roztrząsa i poddaje umiejętnej krytyce zapatrywania się Pettenkofera, „których ze względu na ścisłość badań i udowodnione fakty pierwszorzędnego znaczenia, przenikalności gruntu i wahań w poziomie wody zaskórnej obecnie odrzucić nie można“, tudzież poniekąd pojednawcze między teoryą Kocha a Pettenkofera zapatrywania się Hueppego.

Nakoniec nakreśliwszy obraz kliniczny cholery, podaje wskazówki racyonalnej profilaktyki, przytaczając szereg dotychczasowych badań nad szczepieniem ochronnem i sposobami sprawienia odporności przeciw istocie chorobotwórczej cholery od Ferrana aż do najnowszych doświadczeń Klemperera i Haffkina i poświęca kilka uwag leczeniu cholery.

Pracę tę źródłowo, gruntownie a treściwie skreśloną można gorąco polecić każdemu, kto się chce obeznać ze współczesnym stanem nauki o cholerze. *Pon.*

Chirurgia.

W. Wagner: **Aseptyka w chirurgii polowej.**

(Sprawozdanie Dra Bogdanika.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Czy jednak aseptyczne opatrunki są racyonalne wobec doświadczeń Messnera, który strzelając do wyjałowionych puszek z żelatyną dowiódł, iż rany uważać należy przeważnie jako septyczne, zakażone. Nowoczesna chirurgia polowa uważała dotąd rany postrzałowe z góry za aseptyczne.

Wobec tego zaniechano szukania pocisków w ciele tkwiących spodziewając się, iż bez oddziaływania pozostaną w aseptycznym przewodzie postrzałowym, jeżeli się go nie dotknie nieczystymi palcami lub narzędziami, i rozróżniano rany badane (*befingerte*), zatem zanieczyszczone i niebadane (*unbefingerte*), t. j. czyste. Naukę o czystości ran postrzałowych potwierdzały wyniki lecznicze. Nasuwało się wprawdzie pytanie, czy pocisk nieprzyjacielski przeszywając zanieczyszczone ubranie ranionego bojownika, jakoteż skórę powalaną brudem, potem, pasorzytami i t. d., nie zakazi rany; podano jednakże w wątpliwość, czy w tych nieczystościach tkwią zarodki zakaźne. Co do ubrania zaś powołano się na doświadczenia Langenbecka, Bergmanna, Klebsa i innych, którzy sprawdzili, iż części ubrania wgoiły się bez oddziaływania.

(W tem miejscu pozwalam sobie zwrócić uwagę na pracę doświadczalną kol. Steuermarka. Na I. zjeździe chirurgów polskich wykazał on, iż zanieczyszczone kawałki sukna, bo z noszonych mundurów, wywoływały ropienie u psów i królików w mniejszym lub większym stopniu pomimo, że rany skórne przez rychłozrost były zgojone a więc wykluczone jest dostanie się szkodliwości od zewnątrz. Te same objawy, tylko gwałtowniejsze znalazł u zwierząt szczepionych suknem lub watą napojoną ropą; najsilniejsze ropienie zaś było u psów; nieraz podminowanie skóry i wypełnienie ropą sięgało aż na grzbiet a w jednym przypadku przyszło do przebicia na zewnątrz. Sukna wyjałowione i wata sterylizowana wgajała się bez wyjątku u psów i królików. Doświadczenia te wykazują dobitnie, że ciała obce są zdolne wywołać w ranach ropienie. *Przypisek sprawozdawcy*). Doświadczenia Steuermarka są zatem sprzeczne z wynikiem otrzymanym przez Fraenkla, które autor przytacza, t. j.:

a) iż ciała obce, które dostają się do rany, nie dają powodu do ropienia, lecz przeważnie wgajają się bez zboczenia miejscowego lub ogólnego;

b) to samo tyczy się ciał o powierzchni nierównej, które zatem łatwiej mogą być zanieczyszczonemi a zarazem stać się nośnikami wielu zarodków;

c) ciało obce tylko wtedy wywołać może miejscowe albo ogólne zboczenie, jeżeli doń przylegają zarodki w pewnym okresie zakaźności i dla dotyczącego gatunku zwierząt właściwej chorobotwórczości, albo jeżeli na tymże ciele obcem tkwią pewne chemicznie działające substancye, które po części chorobotwórcze mieć mogą własności.

Rany postrzałowe uważało się za aseptyczne i z tego względu, iż się pocisk rozgrzewa, jużto od ciepłoty wybuchającego prochu, którą Wuich oblicza na 2000 do 3000° C., jużto wskutek tarcia w lufie, jużto przy uderzeniu pocisku. Działanie ciepłoty wybuchającego prochu jest atoli tak krótkie, iż na ciepłotę pocisku żadnego może nie wywiera wpływu; pocisk natomiast niewątpliwie rozgrzewa się wskutek tarcia w lufie. Habart oblicza tę ciepłotę na przeszło 200° C., Reger na 220—240° C., Beck na 69 do 110° C. Przesąd ten, iż pocisk wskutek rozgrzania wyjaławia się, obalił Messner doświadczeniami, strzelając do puszek zawierających wyjałowioną żelatynę. Strzelając pociskami sterylizowanymi wyhodował, co najwięcej, kilka kolonij bakteryj niechorobotwórczych z powietrza; natomiast strzelając pociskami zakażonymi wyhodował odpowiednie bakterye, udowadniając tem, że kula zakażona ani przy wystrzeleniu ani też w ciągu lotu nie wyjaławia się.

Skoro więc ran postrzałowych nie można uważać za aseptyczne, przeto ściśle biorąc i o używaniu aseptyki podczas wojny mowy być nie może.

Po tych wywodach zastanawia się autor nad dotychczasowemi zasadami antyseptyki w czasie wojny. Zestawia pokrótce zdania Esmarcha, Mosetiga i innych o antyseptycznem opatrywaniu ran, którzy przedewszystkiem i to słusznie zalecają proszek jodoformowy, sublimat, karbol, radzą powstrzymywać się od dotykania ran palcami, instrumentami i t. d., wszystko rzeczy ogółowi lekarzy dobrze znane. Świetne wyniki osiągnięto tym sposobem podczas wojny serbsko-bułgarskiej mimo bardzo niedostatecznej pomocy. Śmiertelność u Mosetiga-Moorhofa w Belgradzie była 2·3%, Fillenbaum w Zofii stracił 2·7% a A. Fraenkel tylko 1·2%; wszystko wyniki dotąd nieznane.

Następnie omawia autor warunki aseptycznego gojenia się ran w polu. Wiadomo, iż już w czasach przedantyseptycznych zdarzały się przypadki, iż ciężkie rany postrzałowe kości zagoiły się aseptycznie. Strohmeyer, Pirogoff, Langenbeck, Volkmann, Fischer, Esmarch i inni opisali podobne przypadki. Wobec tego należy użyć wszystkich środków, aby w jak największej liczbie przypadków osiągnąć przebieg aseptyczny. W tym względzie urządzenia sanitarne wszech mocarstw jeszcze nie są takie, jak tego wymaga interes chirurgii polowej. Autor podnosi na pierwszem miejscu słusznie, iż naczelnikiem i duszą całej akcyi ratunkowej bezwarunkowo lekarze być powinni; pomocnicy zaś również bezwarunkowo podlegać muszą ich rozkazom.

W dalszym ciągu podaje autor postulata Mundego, które w streszczeniu powtarzam:

1) Pod dyrekcyą oficerów sztabowych ma się zabezpieczyć zakładanie i zwijanie stanowisk opatrunkowych i pierwszej pomocy, przez co lekarzom zajętym zabezpieczyć się ma potrzebny spokój.

2) Oświetlenie elektryczne pobojowiska w nocy a w dzień towarzyszyć muszą służbie w okolicy bagnistej i krzaczastej psy celem wyszukiwania rannych.

3) Pomnożenie i odpowiedni podział dobrze wyćwiczonego korpusu dla przewozu rannych. Podzielonym on być ma na trzy oddziały: *a*) dla oczyszczenia pobojowiska w dzień a szczególniej w nocy; *b*) wyłącznie dla przewozu z pobojowiska ku stanowiskom pierwszej pomocy i szpitalom polowym; *c*) dla ułożenia pewnej listy strat, który to oddział zarazem zająć się ma sprawdzeniem tożsamości zmarłych a później pogrzebem, jakoteż uprzątnieniem padłych zwierząt i pogubionych przedmiotów, wreszcie desinfekcyą pobojowiska.

4) Pomnożenie środków przewozowych, przedewszystkiem noszy i wozów dla rannych i kuchni. Należałoby również przez międzynarodowe porozumienie się znawców przyjąć jednolite przysposobienie przyborów sanitarnych. Tak przysposobione przybory mogłyby mocarstwa neutralne na żądanie wypożyczać stronom wojującym.

5) Osobno zorganizowany park wozów rezerwowych ma się znajdować opodal pobojowiska, aby był gotowym na wezwanie telegraficzne.

6) Założenie ruchomych baraków tak dla stanowisk pierwszej pomocy jako i szpitali polowych.

7) Zwerbowanie dobrze wyćwiczonych chirurgów polowych zaopatrzonych w konie, odpowiednie umundurowanie i zupełne zrównanie z walczącymi czyli z kombatantami.

8) Już w czasie pokoju należy założyć i dobrze wyposażyć szkołę chirurgiczną.

9) Założyć szkołę dla pomocników, posługaczy i posługaczek.

10) Wszystkie rozporządzenia tyczące się służby sanitarnej w polu należy odpowiednio zmienić, jakoteż rewizyi poddać opatrunki, narzędzia i t. d.

11) Zmienić przepisy o poborze do wojska z uwzględnieniem rozwoju fizycznego w rozmaitych prowincyach; poprawić żywność, lepiej umieszczać, dać lepsze obuwie i ubranie tak w pokoju jak podczas wojny.

12) Ułożyć międzynarodowy kodeks wojenny pod względem prawa dowódzcy, aby stósownie do okoliczności mógł zawrzeć specyalną konwencyę (umowę) w interesie rannych.

Dalszym warunkiem aseptycznego gojenia się ran jest, aby ubranie, jakoteż ciało żołnierza chronić od zanieczyszczenia. Przeprowadzenie tego jest trudne, bo ubranie w czasie wojny wnet napełnia się pasorzytami a wody częstokroć braknie do potraw. Z tem wszystkiem jednak starać się o to należy, aby żołnierz korzystał z każdej sposobności okąpania się a zapasy mydła w dostatecznej powinny być

ilości. Każdy żołnierz już w czasie wojny przekonanym być powinien, iż rany zadane na czystem ciele lepiej się goją aniżeli na brudnem; kto tedy o zdrowie swoje dba, i w czasie wojny o możliwą czystość będzie starać się.

Po tych wywodach omawia autor stósowanie aseptyki w polu, przytaczając zapatrywania się niektórych chirurgów w następujących kwestyach:

I. Desinfekcya rąk na stanowiskach opatrunkowych. Beck odpisał autorowi, iż już w czasach przedantyseptycznych ręce dokładnie mył mydłem potasowem i miał wyniki dobre; lepiej jednak jest obmyte i osuszone ręce natrzeć wyskokiem a następnie przez kilka minut zanurzyć w rozczynie sublimatu 1 : 1000. Narzędzia wkłada się na 5 minut do wrzącego rozczynu sody. Billroth wymaga, aby oczyszczenie rąk na stanowiskach opatrunkowych ile możności nie różniło się od postępowania w klinice; najdokładniejsze oczyszczenie mydłem i szczotką szczególniej zaułków podpaznogciowych i następowe opłukanie sublimatem. Esmarch zaleca energiczne mydlenie i wytarcie szczotką w gorącej wodzie i popłukanie lizolem lub podobnym środkiem. Fraenkel sądzi, iż nie trzeba będzie tak bardzo troszczyć się o desinfekcyę rąk, bo na stanowisku opatrunkowem będziemy mieli do czynienia z ranami świeżemi, nie ropiejącemi, zwłaszcza, jeżeli unikać będziemy niepotrzebnego dotykania się ran. Wobec tego wystarczy oczyszczenie rąk ciepłą wodą i mydłem. Gurlt doradza desinfekcyę rozczynem karbolu, zresztą wodą i mydłem. Kaszkaroff każe ręce w polu oczyszczać tak samo, jak podczas pokoju. W braku szczotek użyć można czystego piasku. Kölliker: mycie szczotkami lub piaskiem w ciepłym rozczynie sublimatu 1 : 1000. Körte: jeżeli wody poddostatkiem, mydła, wyskoku i sublimatu; w braku wody wytarcie wyskokiem, potem sublimat. Landerer i Lauenstein zalecają gorącą wodę, mydło, wyskok, sublimat. W ich braku trzeba improwizować. Mosetig-Moorhof oczyszcza najpierw mechanicznie paznogcie, potem myje ręce ciepłą wodą i mydłem za pomocą szczotki przez trzy minuty, później zanurza je w rozczynie sublimatu 1 : 1000 a brzegi paznogcia wyciera kawałkiem gazy jodoformowej zamaczanej w eterze lub wyskoku. Neuber każe lekarzom i posługaczom obmywać sobie ręce mydłem i wycierać włóknem drzewnem kilkakrotnie w wygotowanej wodzie, następnie mocno wytrzeć wyjałowionymi ręcznikami. Desinfekcyi rąk karbolem, sublimatem i t. d. zazwyczaj nie robi, chyba bezpośrednio po zanieczyszczeniu substancyami zakaźnemi. Rotter radzi dokładne mechaniczne oczyszczenie w roztworze mydła a następnie zmywanie mocnym roztworem roterynu (na litr wody 0·05 sublimatu, 0·25 soli kuchennej, 2·00 kwasu karbolowego, 5·00 chlorku cynku, 5·00 siarkokarbolanu cynkowego, 3·00 kwasu borowego, 0·6 kwasu salicylowego, 0·1 tymolu, 0·1 kwasu cytrynowego). Rydygier oświadcza, iż oczyszczenie rąk jest proste, jeżeli wody jest poddostatkiem, bo mydło i pastylki sublimatowe każdy lekarz może mieć w zapasie. Wystarczy mycie rąk przez 10—15 minut w ciepłej wodzie i opłukanie rozczynem sublimatu 1 : 1000. Zaułki podpaznogciowe najlepiej wytrzeć gazą jodoformową a rąk nie ucierać. Schimmelbusch kładzie główny nacisk na energiczne oczyszczenie rąk mydłem, wodą i szczotką; roztwór wodny sublimatu jest pożądany.

(Dokończenie nastąpi).

Otto Lanz: **Resekcya osteoplastyczna szczęki górnej według Kochera.**

Dostęp do jamy nosogardzielowej i jej sklepienia u podstawy czaszki, pomimo nader wielu podanych ku temu metod operacyjnych, bywa częstokroć nader trudny. Tyczy się to głównie tych przypadków, w których idzie o usunięcie nowotworów złośliwych, wychodzących z podstawy czaszki, gdzie zatem operacyę wykonać trzeba koniecznie jak najdokładniej i doszczętnie. Najodpowiedniejszemi w tym celu są sposoby operacyjne, otwierające dostęp od przodu przez wypiłowanie szczęki górnej zupełne lub nawet czasowe (Langenbeck), lecz mają tę ważną stronę ujemną, że pozostawiają znaczne zniekształcenie i oszpecenie twarzy. Tej wady nie ma sposób użyty w jednym przypadku przez Kochera, odznaczający się oprócz tego stosunkową prostotą i nie sprawiający tak ciężkiego uszkodzenia choremu. Przypadek ten tyczył się młodego chłopca, u którego wpół roku po wycięciu przez podniebienie miękkie (Maisonneuve) mięsaka jamy nosogardzielowej z podstawy czaszki nastąpił nawrót w postaci guza, wypełniającego znaczną część jamy i prawie zupełnie zatykającego otwory tylnych nozdrzy. W uśpieniu i położeniu z głową zwieszoną chorego wykonał Kocher operacyę w sposób następujący:

Od brzegu dolnego lewego otworu nosowego przeciął ku dołowi wargę górną, w miejscu przejścia błony śluzowej z dziąseł na wargę przeciął ją aż do kości poprzecznie nad wyrostkiem zębowym szczęki. Wtedy poczynając od brzegów zewnętrznych otworów nosowych wykuł szerokiem dłutem obiedwie kości szczęki górnej prawą i lewą powyżej wyrostków zębodołowych tak, iż otwarł jamy Highmora; po zatamowaniu krwotoku przez tamponowanie przeciął znów dłutem w linii brodowej wyrostek zębowy i całe podniebienie twarde, nożem zaś podniebienie miękkie. Wówczas można było za pomocą haków tak znacznie rozsunąć obiedwie połowy szczęki, że po wycięciu częściowem małżowin lewej połowy nosa widać było dokładnie nietylko całe wnętrze nosa aż do granicy górnej, lecz i całą jamę nosogardzielową i podstawę czaszki. Guz siedział na szerokiej podstawie na dolnej powierzchni kości czaszki zupełnie nieruchomy i dość znacznie za dotknięciem krwawiący. Za pomocą termokauteru wycięto go i odłuszczono od kości, poczem całą obszerną jamę wypełniono tamponem, zmoczonym w 2% rozczynie chlorku cynku. Wykute dłutem kości szczęki połączył Kocher szwem jedwabnym, zeszył przecięte części miękkie, wreszcie dla dokładniejszego zbliżenia złączonych części kości włożył pomiędzy szwy obydwóch szczęk tampon. Po sześciu tygodniach chory zupełnie wygojony poszedł do domu. Jedynym śladem widocznym po operacyi była wązka blizna na wardze górnej i trochę nierówne ustawienie rzędu zębów szczęki górnej. Wynik czynnościowy i kosmetyczny był zupełnie pomyślny, nawet nie ucierpiała nic mimika twarzy. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie T. 35; str. 423.*) *Dr. Kryński.*

Terapia.

D'Aulnay: **Błękit metylenowy jako lek w różnych chorobach zakaźnych a szczególniej w zapaleniu pochwy wiewiórowem** (*vaginitis blenorrhoica*).

1) Stósowanie wewnętrzne. Doświadczenia własne autora odnoszą się:

a) do gruźlicy płuc. Autor twierdzi, wbrew zdaniu Althena, że tak w formie ostrej jak przewlekłej gruźlicy żadnych pomyślnych skutków z użycia błękitu metylenowego nie otrzymał. Gorączka nie ustępowała zupełnie. Jedyną zaletą tego środka miało być to, że kłócie w zapaleniu opłucny zupełnie miało ustępować;

b) w zapaleniu płuc błękit metylenowy okazywał tylko nieznaczny wpływ na opadnięcie gorączki. W plwocinach barwika nie można było wykazać, pomimo najskrupulatniejszych poszukiwań. Jedynie tylko ból znikał najdalej w 2 godziny po podaniu środka;

c) w wiewiórze cewki moczowej. Autor używał błękitu metylenowego u kobiet dotkniętych przewlekłym wiewiórem i wprawdzie nie otrzymał całkowitego wyleczenia, lecz znaczną poprawę. Dawka wynosiła od 0·5 do 1·00 na dzień. Przypadłości ubocznych żadnych nie było, prócz u kilku chorych, które wkrótce po zażyciu tego środka dostawały wymiotów tak, że trzeba było środek ten odstawić.

W wiewiórze zaś ostrym autor obserwował tylko jeden, jedyny przypadek leczony tym sposobem: w piętnaście dni choroba miała zupełnie ustąpić.

Co się zaś krwi tyczy, to ta w tego rodzaju leczeniu przedstawiała się ciemniejszą a ciałka czerwone miały mieć odcień fiołkowy. Zresztą względem gliceryny i sztucznej surowicy ciałka tak samo się zachowywały, jak w krwi prawidłowej.

2) Stósowanie zewnętrzne.

W zapaleniu cewki moczowej autor w niektórych przypadkach łączył wstrzykiwania po 5—10 ctm.³ błękitu metylenowego do cewki z podawaniem tego środka wewnętrznem. W niektórych zaś przypadkach podawał tylko zewnętrznie. Stósowanie to usuwało szybko wypływ z cewki a ponieważ dla lekarza nie jest przyjemne (bo plami ręce), przeto d'Aulnay wprowadzał do cewki cienkie tamponiki z waty, napojone rozczynem błękitu metylenowego;

b) w nowotworach złośliwych autor zaprzecza błękitowi metylenowemu skuteczności;

c) w przetokach, z których wydobywa się ropa, autor obserwował zupełne ustanie wydzieliny ropnej po 3 przestrzykaniach robionych co 4 dni. Jednak tkanki sąsiednie przetoki zabarwiały się fiołkowo;

d) w jamie ustnej używał autor błękitu metylenowego z powodu zapalenia z owrzodzeniami (*stomatitis ulcerosa*) na tle kiły. Po 3 dniach widział oczyszczanie się rany i pokrywanie się jej przyskórkiem. Stósowanie to nie było ani bolesne, ani w smaku nieprzyjemne;

e) w zapaleniu ropnem pochwy wiewiórowem (*vaginitis purulenta blenorrhoica*) autor posługuje się następującym rozczynem błękitu metylenowego:

Błękitu metylenowego	10·00
Wyskoku	15·00
Ługu potasowego	0·20
Wody	200·00

Tampony napojone tym rozczynem wprowadza się do pochwy przepłukanej poprzednio rozczynem 1‰ sublimatu i wysuszonej watą i pozostawia się je w pochwie 2 dni, po których wyjmuje się je i przepłukuje pochwę sublimatem. Bóle zawsze mają ustępować a ponieważ badanie wziernikowe utrudnione jest niebieskiem zabarwieniem ścian pochwy, przeto zakłada się znowu na 1 dzień tampony napojone gliceryną. W następny dzień pochwa nie przedstawia już trudności do badania i widzi się, że wydzielina ropna znikła a owrzodzenia zaczynają się goić. Przekrwienie zaś, które się utrzymuje jeszcze, znika po tygodniu za przemywaniem pochwy sublimatem i zakładaniem suchych tamponów z waty.

Autor przytacza 11 przypadków zapalenia pochwy wiewiórowego (*vaginitis blenorrhoica*) leczonych przez siebie sposobem powyższym, wszystkich zakończonych pomyślnie w przeciągu 4—5 dni po założeniu tamponu z błękitem metylenowym. Nadto bóle znacznie się miały zmniejszać a ustępowały w 4. lub 5. dniu zupełnie.

Na podstawie tych doświadczeń poleca autor gorąco błękit metylenowy jako środek bardzo skuteczny a nie sprawiający przypadłości ubocznych, ani też nie trujący. Jedyna jego niedogodność jest ta, że, jeżeli się nie wytamponuje dokładnie pochwy suchą watą, pozostawia ślady na długo. — (*Bulletin général de Thérapeutique. 15. Mai. 1893*).

Dr. Rokossowski.

Toksykologia.

Ouchinsky: O własnościach trujących rodanku rtęci.

Autor przedsięwziął badania nad trującemi własnościami rodanku rtęciowego, używanego do fabrykacyi powszechnie znanych wężów Faraonowych. Pracę tę nad przetworem bardzo niedokładnie i mało dotąd badanym co do mocy i własności toksycznych wykonał autor w pracowni Brouardela. Przygotowawszy sobie odpowiednią ilość soli tej chemicznie czystej przez strącenie azotanu rtęci rodankiem sodu doświadczał jej na psach i królikach. Podawał on sól tę zwierzętom tym albo w zawiesinie wodnej lub w roztworze (rodanek rtęci rozpuszcza się w kwasach roztworzonych lub w wodnym roztworze soli kuchennej) do żołądka lub też w formie wstrzykiwań miąższowych w mięśnie, poczem doszedł do następujących wyników:

Rodanek rtęci, podany przez usta w formie wodnej zawiesiny, wywołuje wymioty i biegunki po części krew zawierające, jako też i inne ciężkie objawy zatruciom solami rtęci właściwe. Ponieważ jednak trucizna zostaje przez wymioty wydaloną, zatrucie nawet wielkiemi dawkami kończy się wyzdrowieniem. Podobnie a nawet nieco wolniej działa rodanek rtęci wstrzyknięty w formie zawiesiny w mięśnie. O wiele groźniejszym i najczęściej kończącym się śmiercią jest przebieg otrucia roztworem rodanku rtęci w kwasach lub roztworze soli kuchennej. Jednak i w przypadkach otrucia roztworem rodanku możliwem jest wyzdrowienie, jeżeli ustrój wydala truciznę wymiotami. Stąd też psy ginęły w doświadczeniach jedynie, gdy im po podaniu roztworu trucizny gardziel podwiązano, lub też ginęły króliki, które jak wiadomo, nie mają zdolności wymiotowania. Roztwór rodanku rtęci wstrzyknięty w miąższ wywołuje objawy groźne i szybką śmierć. (*Annal. d'hyg. pub. et de méd. lég. Nr. 4. Avril* 1893). *Dr. Wachholz.*

Choroby uszne.

Heissler: O ropniach pozatwardówkowych po zapaleniu usznem.

Ropniem podtwardówkowym czyli pozatwordówkowym nazywa się nagromadzenie się ropy pod oponą twardą, oddzielające ją od położonej poniżej kości skalistej. Zawczesne rozpoznanie i operowanie takiego ropnia robi możebnem wyzdrowienie chorego; w przeciwnym razie ropa przebija oponę twardą i sprowadza zapalenie jej śmiertelne. Autor badał 53 przypadków w celu roztrzygnięcia pytań tyczących się miejsca tych ropni i anatomicznych zmian je poprzedzających i ich powstaniu sprzyjających. W szeregu przypadków okazało się, że zapalenie błony śluzowej ucha środkowego rozszerzyło się na kość a przez nią na oponę twardą, którą od podstawy oddzieliło tworząc ropień poza twardówką. Te przypadki są najpospolitsze i H. nazywa je ropniami pozatwardówkowemi następowemi. Inne przypadki, w których nie było takiej komunikacyi przetokowej między uchem środkowem i ropniem, nazywa H. ropniami pozatwardówkowemi pierwotnemi. Z 53 przypadków przez H. zestawionych było 41 ropni następowych pozatwardówkowych, z których 14 wyzdrowiało po operacyi a 27 umarło i 12 pierwotnych, z których przez operacyę wyzdrowiało 3, umarło 9. — Ropień taki powstaje w trojaki sposób. Prócz wspomnianego sposobu rozszerzenia się ropienia z jamy bębenkowej przez kość na oponę, pewna część tych ropni powstaje przez zapalenie około żył a w innych znowu przypadkach ropień podoponowy powstaje równocześnie z ropieniem w uchu, podobnie jak ropień podokostny w ostrych zakaźnych zapaleniach kości i szpiku kostnego.

Objawy podmiotowe i przedmiotowe są tak różne i nierówne, że nie można nakreślić pewnego obrazu choroby, która raz żadnych objawów nie wywołuje i której przypady w innym razie przez choroby towarzyszące i następowe są zamazane, co robi rozpoznanie bardzo niepewnem i tylko przez wykluczenia z prawdopodobieństwem możebnem.

Z następujących chorób środczaszkowych najczęstszemi są: 1) zapalenie ropne opon mózgowych, które po przebiciu ropy przez oponę rozszerza się na cały mózg i sprowadza rychłą śmierć; 2) zapalenie zatoki żylnej, cechujące się objawami ropniczemi; 3) ropień mózgowy, którego objawy według Bergmanna dzielą się na takie, a) które zależą od ropienia samego, b) które wskazują na powiększenie się ucisku środczaszkowego i c) które są przyczyną przypadów ogniskowych miejscu zajętemu odpowiadających. Leczenie powinno być zapobiegawcze, skierowane przeciw zatrzymaniu się ropy i dostaniu się ropienia do kości i chirurgiczne, przez szerokie otwarcie, odrażanie i drenowanie ropnia. Jedynem

narzędziem do otwarcia ropnia takiego stósownem jest dłuto, które wyłącznie dozwala koniecznego przeglądu pola operacyjnego. (*Archiv f. Ohrenheilkunde T. 33. Z. 2.*

Dr. Spira.

Notatki terapeutyczne.

W łuszczycy (*psoriasis*) zaleca Pringle bardzo gorąco, by chory wykąpawszy się porządnie użył na osutkę maści podług przepisu:

64) Rp. *Chrysarobini 2·00*
Lanolini
Vaselini āā 15·00
M. f. ungtum.

Gdy się choroba poprawi, kąpie się chory następnie raz dziennie i wciera maść:

65) Rp. *Chrysarobini 4·00*
Ichthyoli 2·00
Acidi salicylici 1·00
Lanolini
Adipis suilli
āā 15·00
M. f. ungtum.

(*The clinic. journ. 1893. 10*).

Przeciw łuszczycy na dłoniach (*psoriasis palmaris*) zaleca Dr. Holstein nacieranie przed pójściem na spoczynek w dłonie maści:

66) Rp. *Calomelanos 5·00*
Lanolini
Axungiae porci
āā 15·00
M. f. ungtum.

Po natarciu należy wdziać rękawiczki a rano umyć ręce porządnie mydłem. Po 4 do 5 dniach ma się sprawa chorobowa znacznie polepszać a nieraz nawet ustępować zupełnie. (*Wien. med Presse. 11. 1893. — Lek. rozhlady. S. 5. 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

VIII. posiedzenie z dnia 5. maja 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 33.

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia. W sprawie protokołu przemawiali koll.: Wernicki, Schramm, Rosner, Obtułowicz, Ziembicki i Bory.

2) Na wezwanie kol. Przewodniczącego przez powstanie z miejsc uczczono pamięć zmarłych członków Tow.: Dra Zygmunta Riegera i Aleksandra Litticha.

3) Kol. Barącz mówił o zastósowaniu elektrolizy do leczenia twardziela nosa (*rhinoscleroma*). Przytoczywszy pokrótce historyą elektrolizy i omówiwszy zastósowanie jej w nowotworach złośliwych, przedstawia kol. Barącz chorego z twardzielem nosa, u którego użył elektrolizy tylko po razu w każdem nozdrzu. Polepszenie u chorego jest znaczne, oba nozdrza są zupełnie drożne a przez wziernik widzieć można obszerny otwór, w który zgłębnik wchodzi na 7 cm. Chorego przedstawia kol. B. już teraz (po 2 posiedzeniach), gdyż chory nie zgadza się na dalsze leczenie elektrycznością z powodu znacznych bolów podczas każdego posiedzenia, utrzymujących się przez dwa dni po użyciu elektryczności. Kol. B. używał przyrządu Hirschmanna (o 40 elementach), biorąc od 12—20 ogniw i igłę podwójną. Ból u chorego był znaczny, ponieważ kol. B. stósował zbyt silny prąd. Do znieczulenia używał pędzlowania 20% kokainą. Ponieważ do elektrolizy w nosie wystarczą słabsze bateryje o 10—16 ogniwach, poleca kol. B. przyrządy Bradego z Wrocławia, które z przyborami kosztują od 80—100 marek, zamiast kosztownych przyrządów Hirschmanna. Kol. B. poleca dalsze próby z elektrolizą w twardzielu nosa (*własny referat*).

Kol. Prus od 3 lat zajmuje się leczeniem nowotworów elektrolizą. Pohop do tego dała kol. Prusowi chora z przybloniakiem (epithelioma), która nie chciała się zgodzić na wycięcie nowotworu. Po kilkomiesięcznem używaniu elektrolizy nowotwór się zmniejszył a wreszcie zabliźnił zupełnie. Od dwóch lat nie ma u chorej recydywy. Zabieg jest bardzo bolesny, wskutek czego można było używać tylko słabych prądów. Z innych przypadków leczył kol. P. tym sposobem przeważnie tylko brodawczaki. Leczenie trwa jednak bardzo długo; dlatego zawsze lepiej będzie zalecać chorym poddanie się operacyi.

Kol. Wehr również zastanawiał się nad elektrolizą w nowotworach, lecz doświadczenie jego nie przemawia na korzyść tego sposobu leczenia. Na przebieg nowotworów nie nadających się do usunięcia nożem elektroliza nie wywiera żadnego widocznego wpływu korzystnego; w rzeczach nadających się do wycięcia, jak brodawczakach, nie będzie się nikt bawił tak powolnym i bolesnym zabiegiem, jakim jest elektroliza.

Kol. Bałłaban przypomina, że w okulistyce używa się elektrolizy w podwinięciu rzęs (*trichiasis*) zamiast wyrywania włosów szczypczykami. Zabieg jest bardzo bolesny, wyniki jednakże bardzo dobre i pewne.

Kol. Gońka wyraża zdziwienie z powodu, że pomimo tak wielkich dawek kokainy kol. Barącz nie miał przypadów zatrucia, podczas gdy on sam z własnego doświadczenia może powiedzieć, że często już wstrzyknięcie 2 do 3 cg wywołuje objawy zatrucia.

Kol. Ziembicki przedstawia typowy przypadek twardziela nosa. Kol. Z. widział około 20 przypadków twardziela nosa, które leczył przeważnie wycinaniem, łyżeczkowaniem i przypalaniem żegadłem Paquelina; nigdy jednakże nie miał dobrych wyników z tego sposobu leczenia. Kol. Z. również obawiałby się tak wielkich dawek kokainy, jakich używa kol. Barącz, i doradzałby zamiast tego narkotyzować chorego. Wyniki, jakie otrzymał kol. B. już po 2 posiedzeniach, bardzo zachęcają do dalszych prób elektrolizą w twardzielu nosa.

Kol. Schramm z doświadczenia własnego doszedł do przekonania, że nóż w twardzielu nosa daje bardzo złe wyniki, nawet w połączeniu z użyciem żegadła. Z tego powodu kol. Schramm przemawia za wypróbowaniem elektrolizy, która i z teoretycznego stanowiska jest uzasadnioną, ponieważ ma niszczyć drobnoustroje. Do znieczulenia doradza używać kokainy rozpoczynając od małych dawek.

Kol. Barącz w odpowiedzi kol. Wehrowi zwraca uwagę, że poleca elektrolizę nie tylko w twardzielu nosa, lecz także w nowotworach nie nadających się operować, ponieważ doświadczenie poucza, że przezto opaźnia się ich rozpad i wzrost. Naturalnie, że przeciw nowotworom dającym się wyłuszczyć, wskazana jest operacya krwawa. W odpowiedzi kol. Gońce: Wstrzykiwanie kokainy w elektrolizie wydaje się kol. Bazączowi nieracyonalne, gdyż w razie użycia kokainy pod błoną śluzową na tak znacznej przestrzeni, jak to się dzieje, gdy igła posuwa się powoli coraz głębiej w miarę topienia się nowotworu, mogłoby nastąpić zatrucie kokainą. Należy pomazywać nozdrze 20% kokainą (*własny referat*).

4) Kol. Barącz przedstawia dziecko 2 letnie z samoistnem wydzieleniem się całej kości skroniowej, wyrostka sutkowego i kostek słuchowych. Choroba datuje się od 2 lat; cięższych objawów prócz wysokiej gorączki nie było. W obec innych zmian gruźliczych (*caries ossis metacarpi*) nie ulega wątpliwości, że rozchodzi się i tu o sprawę gruźliczą. Wydzielenie samoistne całej kości skroniowej jest rzadkie. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności ślimak nie uległ tu martwinie i słuch prawdopodobnie będzie utrzymany (*własny referat*).

Kol. Wehr widział podobny przypadek z tą tylko różnicą, że martwiak nie wydzielił się samoistnie, lecz został wyjęty przez kol. W.

Kol. Gońka zapytuje się, czy w przypadku kol. Barącza nie było objawów zapalenia opon mózgowych.

Kol. Schramm: Oddzielanie się martwiaka gruźliczego zdarza się u dzieci dosyć często w najrozmaitszych kościach. Kol. S. widział przypadek oddzielenia się prawie całej kości skalistej i części kości skroniowej. Ponieważ sprawa jest przewlekłą, przeto rzadko się zdarza, ażeby wśród oddzielania się martwiaka nastąpiły objawy zapalenia opon mózgowych lub nadżarcie naczyń. Przypadek kol. Barącza należy do rzadkich z powodu wielkości wydzielonego martwiaka.

Kol. Obtułowicz wyjął u kobiety 35 letniej przez operacyę z kości czołowej martwiak, prawdopodobnie kiłowy, wielkości prawie dłoni. Po wyjęciu tegoż opony mózgowe były odsłonięte i na znacznej przestrzeni widać było wybitne tętnienie mózgu.

Kol. Wehr przed 4 laty miał przypadek, w którym oddzieliła się znaczna część kości potylicowej i kości bocznej prawej. Tętnienie mózgu było widocznie w rozległości całej ręki.

Kol. Barącz jest także zdania, że, ponieważ sprawa jest przewlekła, opona twarda pokrywa się ziarniną, która zabezpiecza od powikłań: od krwotoków z powodu nadżarcia zatoki poprzecznej i od zapalenia opon mózgowych. Powikłania te jednak przydarzają się; w przypadku kol. B. nie było objawów zapalenia opom mózgowych.

5) Odczyt kol. Kohlbergera p. n.: Zasady psychiatryi będzie w całości drukowany.

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Wiadomości bieżące.

— Na V. zjazd chirurgów polskich odbyć się mający dnia 11., 12. i 13. lipca b. r. zapowiedzieli wykłady:

1) Prof. Browicz (z Krakowa): O przeszczepialności raka.

2) Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych).

3) Dr. Słapa (z Krakowa): O wynikach leczenia konserwatywnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych).

4) Dr. Hankiewicz (z Krakowa): Przyczynek do sposobu powstawania nowotworów (z demonstracyą).

5) Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O guzach powłok brzusznych (z demonstracyą preparatów).

6) Dr. Klecki (z Krakowa): O wykluczaniu pętli jelitowych (z demonstracyą).

7) Prof. Rydygier (z Krakowa): O sztucznej przetoce pochwowo odbytnicowej.

8) Tenże: O wycinaniu włókniaków macicy.

9) Tenże: Przedstawienie przypadku gruźlicy skóry (z demonstracyą preparatu).

O zgłaszanie się z dalszemi wykładami uprasza

Prof. Rydygier.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Od komitetu polskiego IX. międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie.

Za pośrednictwem komitetu zzapowiedziano następujące odczyty:

1) Do sekcyi II. (Fizyologia) Prof. Dr. N. Cybulski i Dr. A. Beck z Krakowa: Prądy elektryczne w korze mózgowej z demonstracyą na małpie.

2) Do sekcyi III. (Patologia ogólna i anatomia patologiczna) Dr. E. Biernacki z Warszawy: Badanie krwi w stanach niedokrewnych i kachektycznych n. p. w błednicy.

3) Do sekcyi V. (Medycyna wewnętrzna) Prof. Dr. A. Gluziński z Krakowa: O krwotokach płucnych w gruźlicy, studyum kliniczne i doświadczalne.

4) Do sekcyi V. Dr. M. Reichmann z Warszawy: O leczeniu dyspepsyi wskutek niedokwasoty.

5) Do sekcyi XV. (Higiena) Prof. Dr. O Bujwid z Krakowa: O rozmaitych sposobach filtrowania wody do picia.

6) Do sekcyi III. Tenże: O leczeniu wścieklizny metodą Pasteura, oraz o zmianach w komórkach nerwowych u zwierząt wściekłych.

7) Do sekcyi III. Tenże: Cholera w Królestwie Polskiem w r. 1892.

8) Do sekcyi IX. (Akuszerya i ginekologia) Prof. Dr. A. Mars z Krakowa: Atlas plastyczny operacyj ginekologicznych; demonstracya.

9) Do sekcyi VIII. (Chirurgia) Dr. Bogdanik z Białej: O leczeniu chirurgicznem padaczki.

Upraszając Kolegów o dalsze zgłaszanie się z pracami, komitet niniejszem ma zaszczyt zwrócić uwagę, że ostatni termin, w którym prace mają być zakomunikowane komitetowi centralnemu w Rzymie, upływa z dniem 30. czerwca, oraz że obok tematu pracy musi być także podane krótkie streszczenie, które komitet centralny ogłosi drukiem przed rozpoczęciem się zjazdu. Ostatni termin do przysyłania streszczeń upływa z końcem lipca. Temata zapowiedziane po 30. czerwca lub zapowiedziane wcześniej lecz bez załączenia streszczenia nie będą umieszczone na porządku dziennym obrad Kongresu. Z tego powodu komitet niniejszem uprasza Szanownych Kolegów, którzy się zgłosili z tematami a nie nadesłali dotychczas streszczeń, o rychłe ich nadesłanie.

Również komitet uprasza Kolegów, którzy udział w kongresie wezmą, o nadsełanie pieniędzy na karty udziałowe (25 franków dla członka i 10 fr. dla osoby towarzyszącej) pod adresem przewodniczącego: *Kraków. Zakład fizyologiczny.*

Prof. Dr. N. Cybulski przewodniczący. *Dr. Radecki* sekretarz.

— Wydział krajowy galicyjski wyraził dekretem swym z dnia 26. kwietnia b. r. Drowi Józefowi Bogdanikowi, lekarzowi ordynującemu szpitala w Biały „swoje pełne uznanie za wzorowe pod każdym względem prowadzenie szpitala powszechnego oraz za gorliwą i sumienną pracę około podniesienia tej instytucyi“. Nie omylimy się zapewne twierdząc, iż pod temi wyrazami: gorliwej i sumiennej pracy koło podniesienia szpitala rozumieć należy także i pracę naukową, której tyle i tak wybitnych złożył dowodów w *Przeglądzie lekarskim* Sz. kolega Dr. Bogdanik, znany i ceniony także z tej przyczyny w zagranicy, nieraz powołującej się na wypadki jego poszukiwań umiejętnych.

— Do 15. maja zapowiedziano u sekretarza jeneralnego komitetu jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego 259 odczytów i doniesień naukowych. Przewodniczącymi obrani: dla sekcyi I. anatomicznej prof. Todaro, III. patologicznej prof. Bizzozerro, IV. farmakologicznej prof. Semmola, V. medycyny wewnętrznej prof. Baccelli, VI. pedyatrycznej Dr. Blasi, VIII. chirurgicznej prof. Durante, IX. ginekologicznej i położniczej prof. Pasquali, X. laryngologicznej prof. Massei, XI. otyatrycznej prof. de Rossi, XII. oftalmologicznej prof. Reymond, XIII. dentystycznej Dr. Coulliaux, XIV. wojskowo-lekarskiej jenerał-major Dr. Baroffio, XV. higienicznej prof. Pagliani, XVII. dermatologiczno i syfilidologicznej prof. de Amicis, XVIII. medycyny sądowej prof. de Crecchio. Nie mają jeszcze przewodniczących tylko sekcye VII. i XVI. Sekcya II. fizyologiczna wybrała przewodniczącym prof. Moleschotta, który jednak wyboru nie przyjął i 19. maja nagle umarł.

— Kongres ginekologiczny wrocławski, w którym wzięło udział bardzo wielu znakomitych specyalistów, zajmował się w pierwszym dniu swych obrad symfizyotomią i postanowił zebrać się znowu w roku 1895 we Wiedniu.

— Lekarze i aptekarze Berlina i Brandenburgii zakładają dla siebie bazar, w którym będą mogli nabywać wszelkie dla siebie potrzebne towary zakupywane, ile można, z pierwszej ręki.

— **Cholera.** Cała monarchia austro węgierska jest od kilku tygodni od cholery zupełnie wolna, z Rosyi europejskiej donoszą tylko z niektórych gubernij o przypadkach sporadycznych; natomiast szerzy się, lubo bardzo powoli, cholera we Francyi północno-wschodniej, mianowicie w departamentach Morbihan, Finistère, Wandei i na wysple d'Yeu. Podejrzany o cholerę zaszły w dniu 15. Maja przypadek śmierci w Schiffbeku pod Wandsbeckienn przy Hamburgu po zbadaniu bakteryologicznem nie okazał się cholerą; natomiast nie ulega wątpliwości, iż już w bieżącym tygodniu zaszedł jeden przypadek śmierci z cholery w samym Hamburgu, co wzniecił popłoch w Niemczech a władzę sanitarną miejscową skłoniło do zamknięcia w Hamburgu wszystkich studzien i dostarczania mieszkańcom jedynie wody

filtrowanej z wodociągów miejskich pobierających, jak wiadomo, wodę z Elby.

— Prof. Gayet w Lugdunie w południowej Francyi wpadł na dowcipny pomysł odnajdywania swych chorych nawet i po śmierci. Oto wyleczywszy u chorego tętniak tętniczożylny między tętnicą szyjną domózgową a zatoką jamistą a chcąc wiedzieć, co się znajdzie u niego po śmierci, namówił operowanego, by za zapłatą pozwolił sobie wytatuować po stronie zewnętrznej ramienia wyrazy: Przypadek wyleczenia tętniaka tętniczożylnego zatoki jamistej; uprasza się o autopiją". Brakuje tylko jeszcze adresu, według którego ma się donieść o rezultacie tej autopsyi. Pomysł całkiem oryginalny i w wielu przypadkach niewątpliwie dla nauki przydatny, pod warunkiem oczywiście, iż się nań zgodzą interesowani.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Paryżu dnia 15. maja Dr. Feliks Michalowski, oficer b. w. p., przeżywszy lat 81. — W Rzymie prof. Jakób Moleschott w dniu 19. maja przeżywszy 71 lat. Urodzony w Herzogenbusch w Holandyi po otrzymaniu stopnia doktora medycyny był naprzód lekarzem praktycznym w Utrechcie, następnie profesorem fizyologii od r. 1847 do 1854 w Heidelbergu, od 1856 do 1871 w Zurychu, oz 1871 do 1878 w Turynie, od 1878 dotąd w Rzymie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Srodę dnia 7-go czerwca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Zapowiedziany odczyt kol. Tyszkiewicza; 2) kol. Mayzel będzie mówić o leczeniu kiły wstrzykiwaniami oleju szarego; 3) Demonstracya kol. Ebersa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II-go asystenta przy klinice okulistycznej od 1. października 1893 r.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15. czerwca 1893.

Kraków dnia 29. maja 1893.

Stopczański
Pro Dziekan Wydziału lekarskiego.

L. 1251. **KONKURS.**

Zwierzchność gminna miasta Żywca ogłasza niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego połączoną z oglądaniem ciał zmarłych z roczną płacą 500 złr. z terminem do 15. czerwca b. r. do wniesienia podań na te posadę, która na razie prowizorycznie nadaną zostanie, z wymaganiem ukończonych studyów wszech nauk lekarskich i przynajmniej dwuletniej praktyki w tym zawodzie.

Podania o nadanie pomienionej posady wraz z dyplomem i świadectwami praktyki wnieść należy do Rady gminnej w terminie oznaczonym.

Żywiec, dnia 27. maja 1893. Burmistrz
L. Dubowski.

Stacyja kolei MUSZYNA-KRYNICA,
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 „
z Pesztu 12 „

C. k. Zakład zdrojowy

KRYNICA

(w Galicyi)

najobfitsza szczawa żelazista.

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie,
Telegraf, Apteka.

W Karpatach 590 metr. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej znakomicie utrzymanej.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żeleziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza (w roku 1892 wydano ich 32,000).

Kąpiele borowinowe parą ogrzewane (w r. 1892 wydano ich 12,000).

Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowy.

C. k. Zakład hydropatyczny pod kierunkiem specyalisty Dra K. Ebersa (w r. 1891 wydano procedur hydropatycznych 27.000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych. Żentyca, kefir, gimnastyka lecznicza.

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolno praktykujących.

Spacery: Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w urocze Karpaty.

Mieszkania: Przeszło 1500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonkami elektrycznemi, piecami itd.

Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały Dom zdrojowy, kilka restauracyj. Kilka pensyonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21. maja Stały Teatr. koncerta. — Frekwencya w r. 1892 4600 osób.

Sezon od 15. maja do 30. września.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny kąpiel, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi zniżone.

Rozsełka wody mineralnej: od Kwietnia do Listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p., udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień

63—6—3 *C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.*

Dr. Erazm Krzyszkowski

b. sekundaryusz I. klasy w szpitalu dla dzieci w Wiedniu

ordynuje jak lat poprzednich 91 3—2

od 15-go czerwca w zakładzie zdrojowo kąpielowem

W RYMANOWIE.

Kąpiele borowinowe w domu



Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowej. 1—21—9

Styryjski krajowy zakład leczniczy.

Rohitsch kwaśne wody.

Stacya kolei południowej Poltschach.

Sezon od 1. maja do 30. września.

Wody, kąpiele, kuracya wodna i żętyczna i t. d.

Broszury i prospekta gratis przez Dyrekcyę.

Tempel i Styria źródła

zawsze świeże napełnienie,

wypróbowane od dawna jako sól glauberska przeciw chorobom narządów trawienia, także przyjemny napój chłodzący. 25—4—3

Do nabycia w Zarządzie zdrojowym, składach wód mineralnych, znanych handlach korzennych, drogueryach i aptekach, również w willi w Grazu.

Zuckmantel, Szląsk austr.

UZDROWISKO i ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Zakład dla fizykalnych metod leczenia: hydro- i mechanoterapija, gimnastyka szwedzka, masaż. Elekterapija: galwanizacyja, faradyzacyja, franklinizacyja. Kąpiel elektryczna. Pneumatoterapija. Kuracyja dyjetetyczna i terenowa. Wspaniałe powietrze górskie i leśne.

Ceny umiarkowane. — Prospekty rozsyła się darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący: 46—10—5

Dr. Ludwik Schweinburg,

długoletni I. asystent prof. Winternitza w Wien-Kaltenleutgeben.

W DOMU:

Używane od r 1878 — naturalne — premiowane największem odznaczeniem

solne kąpiele

przez 30—6—3

k. k. c. „Halleiner“ Mutterlaugen-Salz

w c. k. salinach sporządzone przez Dra Sedlitzky'ego c. k. nadwornego aptekarza w Salcburgu. Wskazania takie, jak dla naturalnych solanek, szczególniej w chorobach brzusznych u kobiet, chorobach dzieci (zołzy) itd. Od r. 1878 uznane za wyśmienite przez P. T. pp. Profesorów K. i G. Brauna, Chrobaka, Rokitanskiego, Spätha, Wiederhofera itd. Używane we wszystkich klinikach i szpitalach. W Wiedniu: skład główny: u Henryka Mattoniego, dalej we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych w Wiedniu i na prowincyi. 1 klg. 60 ct., 5 klg. paczka 2 złr. 70 ct. Uważać na powyższą firmę i nazwisko

Hallein. HALLEIN. Analiza i próbki gratis. Hallein.

Prawdziwa Mutterlaugen-Salz.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.